



TJÓNSTILKYNNING VEGNA SJÚKDÓMATRYGGINGAR

Útfyllist af tjónaþola

Óskað er eftir að spurningum sé svarað eins ítarlega og hægt er, en það stuðlar að því að meðhöndlun málsins taki styttri tíma. Með tjónstilkynningunni þarf að senda öll gögn sem máli geta skipt í sambandi við tjónið.

I. Almennar upplýsingar

Nafn váttryggðs _____ Kennitala _____

Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Heimasími _____ Farsími _____ Vinnusími _____

Netfang _____ Skírteini númer _____

Nafn váttryggingartaka (ef annar) _____ Kennitala _____

II. Upplýsingar

Vinsamlegast gefðu fulla lýsingu á sjúkdómnum _____

Hvenær (hvaða dag) leitaðir þú fyrst lækni vegna sjúkdómsins? _____

Var það heimilislæknir þinn? Já Nei

Nafn og aðsetur heimilislæknis _____

Hvaða einkenni voru undanfari greiningar sjúkdómsins og hvenær áttu þau sér stað? _____

Hefur þú gengist undir rannsóknir til staðfestingar á greiningunni? Ef svo er, vinsamlegast greindu frá þeim

Hvaða meðferðir eru yfirstandandi og hvaða meðferðir hefur þú farið í vegna sjúkdómsins?

Hefur þú áður haft eða verið í meðferð vegna samskonar eða skylds sjúkdóms? Ef svo er, gefðu fulla og nákvæma lýsingu

Vinsamlegast tilgreindu nöfn lækna eða sérfræðinga sem leitað hefur verið til vegna sjúkdómsins

Nafn	Aðsetur	Hvenær leitað til
------	---------	-------------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Ef þú hefur hlotið meðferð á sjúkrahúsi? Vinsamlegast tilgreindu eftirfarandi:

Sjúkrahús

Dags. innlagnar

Dags. útskriftar

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hafa nánustu ættingjar nú eða áður, haft samskona eða skyldan sjúkdóm? Ef svo er, vinsamlegast tilgreindu skyldleika, hvaða sjúkdóm var um að ræða og hvenær sjúkdómurinn var fyrst greindur

Ert þú með persónuþryggingu hjá öðru váttryggingafélagi? Ef svo er, vinsamlegast tilgreindu hjá hvaða félagi, váttryggingarfjárhæð og hvort þú hafir krafist bóta vegna þessarra trygginga

Reykir þú eða hefur þú reyktt?

Ef já, síðan hvenær og hve mikið daglega _____

Hafir þú reyktt áður, hvenær hættir þú? _____

III. Upplýsingar um tilhögun bótagreiðslna

Ef til greiðslu bóta kemur óskast þær greiddar inn á bankareikning:

_____ Kennitala _____
Nr. banka Hb Reikningsnúmer

Undirrituð/áður vottar hér með að ofangreind svör mín og upplýsingar eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt og er þar ekki leynt atriðum sem kunna að skipta máli við ákvörðun félagsins um bótarétt og bótafjárhæð. Mér er ljóst að röng eða ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt.

Undirskrift

Staður og dagsetning

IV. Heimild til vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga

Svo Tryggingamiðstöðin hf. geti lagt mat á hvaða áhrif tjónsatvik hafa haft á heilsufar mitt og starfsgetu, bæði tímabundið og varanlega, og rétt minn til bóta geri ég mér grein fyrir að nauðsynlegt er að afla sem ítarlegstra og gleggstra upplýsinga um heilsufar mitt fyrir og eftir tjónsatvik, bæði hvað varðar tjónsatvikið sjálft, aðra sjúkdóma og önnur slys, svo og um vinnugetu mína að öðru leyti fyrir og eftir tjónsatvik.

Hér með veiti ég því Tryggingamiðstöðinni hf. óskoraða heimild til að afla upplýsinga, þar á meðal úr sjúkraskrá, hjá læknum, sjúkrastofnunum (svo sem sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum), Tryggingastofnun ríkisins, Sjúkra-tryggingum Íslands og váttryggingarfélagum um heilsufar mitt og starfsgetu fyrir og eftir veikindin, bæði vegna sjálfra veikindinna og annarra sjúkdóma og slysa, allt eftir því sem nauðsynlegt þykir vegna mats á bótarétti mínum. Í heimild þessari felst einnig heimild til starfsmanna sjúkrastofnana til að vinna þær upplýsingar sem Tryggingamiðstöðin hf. óskar eftir. Jafnframt heimila ég félaginu að afla nauðsynlega upplýsinga frá Vinnueftirliti ríkisins, sem og skattayfirlögdum varðandi staðgreiðslu og/eða reiknað endurgjald eftir því sem við á.

Upplýsingar, sem aflað er samkvæmt heimild þessari, má einungis nota við meðferð máls míns hjá Tryggingamiðstöðinni hf. og eftir atvikum gerð örorkumats eða annars sambærilegs mats, telji ég eða Tryggingamiðstöðin hf. nauðsynlegt að slíkt mat fari fram.

Upplýsingar og skjallag gögn (svo sem læknisvottorð, afrit sjúkraskrár, læknaþrá og þess háttar) sem aflað er samkvæmt heimild þessari má einungis afhenda þeim starfsmönnum Tryggingamiðstöðvarinnar hf. sem annast afgreiðslu málsins. Telji Tryggingamiðstöðin hf. nauðsynlegt að afla sérfræðilits læknis í tengslum við meðferð máls míns er félaginu jafnframt heimilt að afhenda lækni gögnin. Ef nauðsynlegt reynist að höfða dómsmál til heimtu bótanna er enn fremur heimilt að leggja gögnin fram í því dómsmáli. Hver sá er upplýsingar fær samkvæmt heimild þessari skal ætíð gæta fyllsta trúnaðar varðandi upplýsingarnar og öll gögn skulu varðveitt þannig að óviðkomandi hafi ekki aðgang að þeim.

Heimild þessa get ég afturkallað hvenær sem er.

Tjónsdagsetning

Nafn tjónpola

Kennitala

Staður og dagsetning

Undirskrift tjónpola